

LES JEUX DE LA DIVERSITÉ

13 JUIN 2025

Je soussigné·e Dr :

Docteur·e en médecine, certifie que l'examen de :

Nom et prénom du·de la patient·e :

Date de naissance : / /

Âge : ans

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Lieu d'établissement du certificat :

Date d'établissement du certificat : / /

Signature du·de la Médecin :

Tampon du·de la Médecin :